

## Einleitung

Bei Patienten, bei denen eine somatoforme Störung oder eine somatische Belastungsstörung vorliegt oder funktionelle Körperbeschwerden vorhanden sind, handelt es sich um eine Gruppe von Betroffenen, deren Krankheitsbild prinzipiell sehr ähnlich ist. Sie werden aufgrund ihrer häufigen Inanspruchnahme des Gesundheitssystems oft mit eher stigmatisierenden Bezeichnungen wie „doctor shoppers, doctor hoppers, heavy users“ oder auch Patienten mit „big charts“ charakterisiert. Dahinter steht aber ihr Wunsch beziehungsweise ihr großes Bedürfnis nach intensiver diagnostischer Abklärung ihrer Beschwerden. Wird ihre Hoffnung nicht erfüllt und keine ausreichende somatische Erklärung für ihre Symptomatik gefunden, wechseln die Patienten den Behandler und suchen beim nächsten Arzt Hilfe. Dies ist einerseits für die betroffenen Patienten sehr frustrierend und belastend, da sie sich mit ihrem großen Leidensdruck allein gelassen fühlen, andererseits löst dieses Verhalten auch bei den Behandlern Frustration aus und stellt auch eine Herausforderung für das Gesundheitssystem dar.

Diese Diskrepanz zwischen der einerseits fehlenden oder nicht ausreichenden somatischen Ursache für die Symptomatik und dem andererseits hohen Behandlungsbedarf und subjektiven Leidensdruck dieser Patienten führte zu einer Änderung der diagnostischen Kriterien und Bezeichnungen in den Klassifikationsschemata DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) und ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

Auch in den aktuellen Leitlinien wie zum Beispiel der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften AWMF (S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden, finden diese Veränderungen ihren Niederschlag (AWMF Registernummer 051 – 001).

Diese Übersicht soll Behandler bei diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen unterstützen und ermutigen, die Diagnose einer somatoformen Störung, einer somatischen Belastungsstörung oder anderer funktioneller Körperbeschwerden zu stellen und den Patienten auch mitzuteilen. So wird der Leidensdruck der Patienten gemindert und ihre Lebensqualität verbessert.

### Körperliche Symptome

Jeder Mensch erlebt zeitweise individuell unterschiedlich belastende Körpersymptome wie Muskelverspannungen, einen Stich im Rücken, Schmerzen in einem Gelenk, Schwindel, Übelkeit, Kopfdruck, Verdauungsbeschwerden etc. Diese unterschwelligen

Symptome sind üblicherweise nur vorübergehend vorhanden. Sie erreichen nicht den Grad von Beschwerden, die Anlass zur Sorge sind und ziehen daher auch keinen Arztbesuch nach sich. Diese Körpersymptome stellen Befindlichkeitsveränderungen dar, die in dem Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit noch als „gesund“ wahrgenommen werden. Sie sind selbstlimitierend, führen nicht oder nur kurzfristig zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität und der Alltagsfunktionsfähigkeit.

### Klärung der Begrifflichkeiten

Die Bezeichnung „Funktionelle Körperbeschwerden“ stellt einen positiv formulierten Begriff dar, der die Beeinträchtigung der Organfunktion (im Gegensatz zur meist intakten Organstruktur) in den Vordergrund rückt. Damit wird einerseits ein breites Spektrum von Beschwerden mit sehr unterschiedlichen Schweregraden beschrieben, andererseits bietet dieser Begriff den Betroffenen wie auch den Behandlern ein hilfreiches pathogenetisches Verständnis. Die Bezeichnung ist außerdem international gebräuchlich.

Weil funktionelle Körperbeschwerden nicht in gleicher Weise wie Krankheiten mit definierter Organpathologie objektiviert werden können, sind subjektives Beschwerdeerleben, individueller Beschwerdekontext, allgemeine Bewältigungsstrategien und die Arzt-Patienten-Interaktion von hoher Relevanz. Das Konzept der „funktionellen Körperbeschwerden“ schließt nicht aus, dass Stress-assoziierte Veränderungen wie Herzfrequenzsteigerung oder Muskelverspannungen objektiviert festgestellt werden können. Natürlich können sich bei feinstruktureller Abklärung sehr wohl subtile Organpathologien (wie zum Beispiel Veränderungen des Hirnvolumens oder fMR-Aktivierungen bestimmter Strukturen) bei diesen Patientengruppen nachweisen lassen. Dies spricht nicht gegen die Diagnose „Funktionelle Störung“, sondern ist Teil des Krankheitsbildes.

Für die Diagnose „somatoforme Störungen“ wird entsprechend den Kriterien des ICD-10 der Ausschluss einer organischen Erkrankung, die die Symptomatik erklären könnte, gefordert. Die Folge ist häufig, dass die Betroffenen in eine Spirale der Überdiagnostik geraten, was zu einer Fixierung auf der somatischen Ebene („iatrogene Chronifizierung“) und damit zu einer unzureichenden Beachtung der psychosozialen Gegebenheiten führen kann. Im ICD-11 findet sich dieser diagnostische Begriff nicht mehr.

Für die „somatischen Belastungsstörungen“ (im DSM-5 und ähnlich im ICD-11) stellt das Ausschließen somatischer Erkrankungen kein obligates Kriterium dar, sondern hier stehen das subjektive Erleben (die subjektive Belastung) und das daraus »

A close-up photograph of two women's faces. The woman on the left is in shadow, looking slightly to the right with a serious expression. The woman on the right is in bright light, looking directly at the camera with a neutral expression. The background is a soft, out-of-focus light blue.

# *Somatoforme Störungen*

Somatische Belastungsstörungen manifestieren sich primär durch funktionelle Beeinträchtigungen. Psychosoziale Faktoren und Gegebenheiten sind maßgeblich an ihrer Entstehung beteiligt, weshalb funktionelle Körperbeschwerden, somatische Belastungsstörungen und somatoforme Störungen häufig als die Kerngruppe der psychosomatischen Störungen bezeichnet werden.

Barbara Sperner-Unterweger und Katharina Hüfner\*

- » resultierende Verhalten der Patienten wie Fokussierung auf die Beschwerden, häufige Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und fehlende Möglichkeiten, sich längerfristig von der Symptomatik zu distanzieren, im Mittelpunkt.

Alle drei Begrifflichkeiten („funktionelle Körperbeschwerden“, „somatische Belastungsstörungen“ sowie „somatoforme Störungen“) beschreiben somatische Beschwerden, die sich primär durch funktionelle Beeinträchtigungen manifestieren und deren Entstehung durch psychosoziale Faktoren und Gegebenheiten (Abb. 1) maßgeblich beeinflusst wird. Dadurch werden diese Beschwerdebilder auch häufig als die Kerngruppe der psychosomatischen Störungen bezeichnet.

### Klinische Symptomatik und Diagnostik

Funktionelle Körperbeschwerden können sich primär als Symptome wie zum Beispiel Schmerzen, Fatigue, Palpitationen oder als Symptomcluster wie „Schmerz“, „gastrointestinal“, „kardiopulmonal“ präsentieren. Bestehen neben einem einzelnen funktionellen Symptom noch weitere Symptome wie Schmerz, Fatigue, Magen-Darm-Beschwerden und Konzentrationsstörungen, soll die Diagnose „somatische Belastungsstörung“ (nach DSM-5 und ICD-11) (Tab. 1) oder „somatoforme Störung“ (nach ICD-10) (Tab. 1) gestellt werden. Hierbei ist es wichtig, diese oft außerhalb des eigenen Fachgebiets liegenden Symptome aktiv zu erfragen, da für Patienten der Zusammenhang der Symptome oft nicht klar ist und sie deshalb dem Kardiologen nur die Palpitationen berichten, dem Neurologen die Kopfschmerzen, dem Orthopäden die Knieschmerzen und dem Gastroenterologen die Magen-Darm-Beschwerden. Andererseits werden einzelnen Krankheitsbildern wie zum Beispiel dem Reizdarm-Syndrom, der Fibromyalgie oder der Persistent Postural-Perceptual Dizziness (PPPD, Tab. 2) eigene diagnostische Kategorien im Bereich der Organdiagnosen gewidmet, was zur Parallelstruktur in den Diagnosen geführt hat. Bei Vorliegen eines einzelnen funktionellen Symptoms und wenig psychobehavioraler Symptomatik (Tab. 1) kann eine organspezifische Diagnose wie Fibromyalgie oder Reizdarm-Syndrom vergeben werden. Bei mehreren funktionellen Symptomen oder starken psycho-behavioralen Aspekten sollte eine somatische Belastungsstörung nach DSM-5/ICD-11 oder eine somatoforme Störung nach ICD-10 diagnostiziert werden.

Obwohl die parallel vorliegenden psychischen und organspezifischen Diagnosemöglichkeiten immer noch gewisse diagnostische Unschärfen und Probleme verursachen können, führt die nun in den Mittelpunkt gestellte subjektiv empfundene Belastung des einzelnen Patienten zu einer früheren adäquaten Behandlung, ohne dass vorher zwingend eine ausufernde somatische Ausschlussdiagnostik erfolgen muss.

Besonders betont werden muss aber auch, wie wichtig es ist, dass man eine spezifische Diagnose stellt, da damit die subjektive Belastung des Patienten anerkannt wird, ein Heranführen an ein Diagnose-spezifisches Behandlungskonzept erfolgen

kann und gleichzeitig auch prognostische Informationen vermittelt werden können.

### Epidemiologie – Verlauf – Prognose

In der Allgemeinbevölkerung berichten mindestens 80 Prozent der Menschen über selbstlimitierende, das heißt nicht krankhafte beziehungsweise „normale“ Körperbeschwerden. Diese können mit einem psychischen Faktor (zum Beispiel Kopfschmerzen bei Ärger), einem körperlichen Faktor (zum Beispiel Rückenschmerzen nach langer Autofahrt) assoziiert sein oder der Zusammenhang bleibt unklar.

In der allgemeinmedizinischen hausärztlichen Versorgung präsentieren sich zwischen 20 und 50 Prozent der Patienten mit körperlichen Beschwerden, für welche sich keine adäquate organische Ursache finden lässt. In somatischen Spezialambulanzen macht diese Gruppe 25 bis 66 Prozent aus.

Die Prävalenz von funktionellen Körperbeschwerden, somatischen Belastungsstörungen und somatoformen Störungen in der Allgemeinbevölkerung liegt bei circa zehn Prozent, diese kommen somit häufig vor.

Der Verlauf von funktionellen Körperbeschwerden, somatischen Belastungsstörungen und somatoformen Störungen ist sehr unterschiedlich und hängt von Art, Anzahl, Lokalisation(en), Schweregrad und Auswirkungen auf Leistungsfähigkeit und Lebensqualität ab. Daten eines systematischen Reviews zeigen bei 50 bis 75 Prozent der Patienten eine Verbesserung; bei zehn bis 30 Prozent eine Verschlechterung der Symptomatik im Krankheitsverlauf. Wichtig ist, dass bei manchen Patienten trotz Weiterbestehens der körperlichen Symptome eine Besserung der Befindlichkeit eintritt, da sich die psycho-behavioralen Aspekte verbessern. Risikofaktoren für einen prognostisch ungünstigen Verlauf sind neben der Anzahl der Beschwerden und dem Vorliegen dysfunktionaler Erwartungen (wie etwa katastrophisierende Annahmen) sowie einer hohen funktionellen Beeinträchtigung auch das Auftreten von psychiatrischen Komorbiditäten (vor allem Depression, Angst, Sucht und posttraumatischen Belastungsstörungen) und eine hohe Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Tab. 3). Die Dauer, bis somatische Belastungsstörungen, funktionelle Körperbeschwerden und somatoforme Störungen erkannt werden und eine spezifische Behandlung eingeleitet wird, beträgt durchschnittlich zwischen drei und fünf Jahre; eine adäquate störungsspezifische Behandlung findet nur bei circa 40 Prozent statt. Insgesamt verursacht dieses Beschwerdebild hohe direkte und indirekte Kosten für das Gesundheitssystem.

Funktionelle Körperbeschwerden, somatische Belastungsstörungen und somatoforme Störungen treten in allen Kulturen auf, unterscheiden sich aber hinsichtlich des Beschwerdetypus, der Erklärungsmodelle, der Bedeutungszuschreibungen und des Ausdrucks bis hin zur Existenz von „Kultur-gebundenen Syndromen.“ »

**Tab. 1: Vergleich der diagnostischen Kriterien\***

Der Diagnosetext wurde leicht angepasst, um die Äquivalenz verschiedener Kriterien zu demonstrieren.

Somatische Belastungsstörung (nach DSM-5)	Somatische Belastungsstörung (6C20) (nach ICD-11, <a href="http://id.who.int/icd/entity/767044268">http://id.who.int/icd/entity/767044268</a> accessed 07.06.2021)	Somatoforme Störung (F45.0) (nach ICD-10)
Eines oder mehrere somatische Symptome, die belastend sind oder zu erheblichen Einschränkungen in der alltäglichen Lebensführung führen.	Für den Betroffenen belastende körperliche Symptome  Die Symptome verursachen Stress und Besorgnis und beeinträchtigen zumindest bis zu einem gewissen Grad die Funktionsfähigkeit des/der Betroffenen (zum Beispiel Belastung von Beziehungen, reduzierte akademische oder berufliche Leistungsfähigkeit, Vernachlässigung von Freizeitaktivitäten).	Multiple körperliche Beschwerden  Insgesamt mindestens sechs Symptome aus mindestens zwei verschiedenen Gruppen
NICHT MEHR ENTHALTEN	NICHT MEHR ENTHALTEN	Beschwerden werden durch keine diagnostizierbare körperliche Krankheit erklärt.
Exzessive Gedanken, Gefühle oder Verhaltensweisen bezüglich der somatischen Symptome oder damit einhergehender Gesundheitsorgen, die sich in mindestens einem der folgenden Merkmale ausdrücken:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• unangemessene und andauernde Gedanken bezüglich der Ernsthaftigkeit der vorliegenden Symptome;</li> <li>• anhaltende stark ausgeprägte Ängste in Bezug auf die Gesundheit oder die Symptome;</li> <li>• exzessiver Aufwand an Zeit und Energie, die für die Symptome oder Gesundheitsorgen aufgebracht werden.</li> </ul>	Übermäßige Aufmerksamkeit bezüglich dieser Symptome, was sich durch wiederholten Kontakt mit Ärzten manifestieren kann.  Falls eine zusätzliche Erkrankung die Symptome verursacht oder dazu beiträgt, ist der Grad der Aufmerksamkeit im Verhältnis zu Art und Verlauf dieser Erkrankung eindeutig übertrieben.  Diese übermäßige Aufmerksamkeit wird nicht durch geeignete klinische Untersuchungen und entsprechende Rückversicherungen gemildert.	Mehrfaches Aufsuchen medizinischer Einrichtungen aufgrund der ständigen Sorge um die Symptome  Medizinische Feststellungen, dass keine körperlichen Ursachen für die Symptome vorliegen, werden nicht akzeptiert.
Obwohl keines der einzelnen somatischen Symptome durchgängig vorhanden sein muss, ist der Zustand der Symptombelastung persistierend (typischerweise länger als sechs Monate).	Die körperlichen Symptome sind anhaltend und treten an den meisten Tagen über mindestens mehrere Monate auf.  Typischerweise beinhaltet die somatische Belastungsstörung mehrere körperliche Symptome, die im Laufe der Zeit variieren können. Gelegentlich besteht ein einziges Symptom – in der Regel Schmerzen oder Müdigkeit –, welches mit den anderen Merkmalen der Erkrankung einhergeht.	Mindestens zwei Jahre mit multiplen körperlichen Beschwerden

*\*der somatischen Belastungsstörung im DSM-5 und ICD-11 und der Somatisierungsstörung im ICD-10*

ICD-11: Übersetzung der Autoren

» **Ätiologische Überlegungen**

Eine multifaktorielle Genese bestehend aus individuell unterschiedlich gewichteten biopsychosozialen Faktoren stellt zurzeit den Rahmen für ein ätiologisches Entwicklungsmodell (Abb. 1) für somatoforme Störungen, somatische Belastungsstörungen sowie funktionelle Körperbeschwerden dar. Dabei werden

- Vulnerabilitätsfaktoren
- auslösende Faktoren
- aufrechterhaltende Faktoren

unterschieden, die jedoch nicht immer eindeutig voneinander zu trennen sind.

**Therapie – Behandlungsplanung**

Die 2020 publizierte Zusammenfassung von Roenneberg et al. „Funktionelle Körperbeschwerden: Klinisch relevante Leitlinien-Empfehlungen“ gibt eine gut strukturierte Übersicht zur Thematik und dient auch als Basis für die nachfolgenden Ausführungen.

**1. Erste Behandlungsebene**

Bei Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden, somatischen Belastungsstörungen und somatoformen Störungen findet der erste Behandlungsschritt bereits bei der Diagnostik statt, da vor allem im Anamnesegespräch und bei der körperlichen Untersuchung Vertrauen aufgebaut und eine tragfähige Beziehung entwickelt werden können.

Dieses Ineinander-Übergehen von Diagnostik und Therapie bezeichnet man als „theragnostischen Prozess“. Er beinhaltet auf der Basis einer guten Arzt-Patienten-Beziehung auch die Vermeidung von Überdiagnostik beziehungsweise auch Entscheidungen zu bewusster „Nicht-Diagnostik“ und „Nicht-Therapie“. Gleichzeitig müssen aber auch Warnzeichen für körperliche Veränderungen beziehungsweise Erkrankungen mit im Blick behalten werden, sodass sowohl eine psychosoziale Sichtweise/Haltung als auch eine somatische Perspektive nebeneinander gleichberechtigt zum Einsatz kommen können.

Ein frühzeitiges Ansprechen der Möglichkeit, dass die Diagnose funktionelle Körperbeschwerden, somatische Belastungsstörungen und somatoforme Störungen lauten kann, eröffnet nicht nur dem Arzt einen Switch im Umgang mit den Patienten, sondern ermöglicht es auch den Patienten, sich dieser Thematik zu nähern.

Die Behandlungsplanung hängt sehr vom Schweregrad der Beschwerden ab, der durch Schutz- und Risikofaktoren sowie Warnhinweise charakterisiert ist (Tab. 3). Schutzfaktoren sind Indikatoren für einen günstigen Verlauf, diverse Risikofaktoren weisen auf einen schwierigeren Verlauf hin und akute Warnhinweise erfordern ein unmittelbares Handeln, um eine gefährliche Krankheitsentwicklung abzuwenden. Die initiale Behandlung erfolgt meistens durch Ärzte der Primärversorgung. Auch für den weiteren therapeutischen Prozess sollte der Primärbehand-

ler als Koordinator und als therapeutische Hauptbezugsperson weiter zur Verfügung stehen.

Die S3-AWMF-Leitlinie empfiehlt für die erste Behandlungsebene fünf Schritte (Abb. 2): Im ersten Schritt steht das Bemerkten und Erkennen im Mittelpunkt. Schon zu Beginn des theragnostischen Prozesses sollte frühzeitig die Möglichkeit erwogen werden, dass die vom Patienten geschilderten Beschwerden funktioneller Natur sind. Um besonders diesen Anfang positiv zu gestalten, sollte die ärztliche Haltung von Wachsamkeit, Zurückhaltung und Empathie geprägt sein. Dabei liegt der Fokus der Aufmerksamkeit hinsichtlich der Beschwerdepräsentation auch auf Stimmung und Affekt, Körpersprache, „Zwischentöne“ und subjektive ursächliche Krankheitserklärungen. Darüber hinaus soll auch das eigene Empfinden und Verhalten in der Arzt-Patienten-Interaktion wie zum Beispiel Hilflosigkeit, über-eifriges Anordnen von Untersuchungen und/oder Medikamenten, wiederholtes Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen etc. reflektiert werden.

Der zweite Schritt sollte eine sorgfältige ärztliche Exploration hinsichtlich der Hauptbeschwerden, aber auch eventueller

**Tab. 2: Beispiele aus verschiedenen Fachdisziplinen\***

Allgemeine Innere Medizin (Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie, Rheumatologie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reizmagen/Reizdarm-Syndrom</li> <li>• Chronische Müdigkeit/Chronic Fatigue-Syndrome</li> <li>• Fibromyalgie-Syndrom</li> <li>• Atypischer Brustschmerz</li> <li>• Hyperventilationssyndrom</li> <li>• Post-Lyme-(Borreliose) Syndrom</li> </ul>
Neurologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (Spannungs-) Kopfschmerz</li> <li>• Atypischer Gesichtsschmerz</li> <li>• Nicht-epileptische („psychogene“) Anfälle</li> <li>• Persistent Postural-Perceptual Dizziness</li> </ul>
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinnitus</li> <li>• Persistent Postural-Perceptual Dizziness</li> <li>• Funktionelle Aphonie</li> <li>• Funktioneller Globus, funktionelles Räuspern oder Husten</li> </ul>
Arbeits- und Umweltmedizin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiple Chemikalienunverträglichkeit (MCS)</li> <li>• Elektro-Hypersensitivität</li> <li>• Sick-Building-Syndrome</li> <li>• Amalgam-Überempfindlichkeit</li> <li>• Arbeitsplatz-bezogene Schulter- und Rückenschmerzen</li> </ul>

\*für klinisch relevante Beschwerden, Syndrome und Krankheitsbilder; Mod. nach Haus-teiner-Wiehle C, et al. AWMF-Leitlinie zum Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. AWMF-Reg.-Nr. 051-001 2012

weiterer Symptome oder Probleme und deren Auswirkungen auf die Befindlichkeit und die Alltagsfunktionalität des Patienten beinhalten. Zu diesem Zeitpunkt erfolgt auch eine sorgfältige körperliche Untersuchung und eventuelle Vorbefunde werden mit dem Patienten besprochen. Die weitere Diagnostik soll einerseits dem vorliegenden Schweregrad der Erkrankung angepasst sein, andererseits aber auch zurückhaltend geplant und durchgeführt werden. Auf Schutz- und Risikofaktoren sowie auf akute Warnhinweise muss immer geachtet werden. Falls sich diesbezüglich keine Hinweise auf abwendbar gefährliche Verläufe von somatischen oder psychischen Erkrankungen ergeben, wird dies im dritten Schritt dem Patienten mitgeteilt, um ihn zu beruhigen. Dabei ist es wichtig die Glaubwürdigkeit der Beschwerden nicht in Frage zu stellen. Der vierte Schritt beinhaltet Beratung zu gesundheitsfördernden Maßnahmen wie einem gesunden, körperlich aktiven Lebensstil beziehungsweise auch zu Verhaltensweisen, mit denen früher in vergleichbaren Situationen positive Erfahrungen gemacht wurden. Im fünften Schritt geht es um die weitere Planung, wobei das Angebot eines nächsten Termins Sicherheit vermittelt und auch die Möglichkeit angesprochen werden sollte, wie sich die Beschwer-

den entwickeln können – nämlich: Eine Besserung ist wahrscheinlich; aber auch wenn die Beschwerden persistieren, besteht kein Grund zur Sorge.

## 2. Komplizierter oder chronischer Verlauf

Wenn die beeinträchtigenden Beschwerden weiter bestehen bleiben, ist es wesentlich, den Behandlungskontakt gut strukturiert weiter aufrecht zu halten. Dabei sollte ein klares Setting mit festen, regelmäßigen, Beschwerde-unabhängigen Terminen in einer ruhigen Atmosphäre etabliert werden. Neben dem Fokus auf die Hauptbeschwerden müssen auch somatische und psychische Komorbiditäten, frühere Beschwerden und Begleiterkrankungen, das subjektive Erklärungsmodell, problematische Denk- und Verhaltensweisen, aber besonders auch Ressourcen Beachtung finden. Der psychosoziale Beschwerdekontext – charakterisiert durch psychosoziale Herausforderungen und Belastungen sowie eine mögliche Funktionalität der Beschwerden wie zum Beispiel das Ablenken von privaten oder beruflichen Konflikten – sollte auf jeden Fall bedacht werden. Terminisierte klinisch-körperliche Kontrolluntersuchungen können den Krankheitsverlauf stabilisieren, »

**Tab. 3: Faktoren, die den Schweregrad des Krankheitsverlaufs beeinflussen**

Indikatoren für einen günstigen Verlauf	Risikofaktoren für einen schwierigen Verlauf
Funktionale Gedanken und Einstellungen wie zum Beispiel Humor	Dysfunktionale Gedanken und Einstellungen wie zum Beispiel hohe gesundheitsbezogene Angst
Einzelne oder wenige körperliche Beschwerden	Mehrere körperliche Beschwerden
Seltene beziehungsweise intermittierend auftretende Beschwerden	Häufige beziehungsweise anhaltende Beschwerden
Aktive Bewältigungsstrategien wie zum Beispiel sportliche Betätigung	Passives oder überaktives Verhalten wie zum Beispiel ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten, hohes Inanspruchnahmeverhalten
Individuelle Ressourcen wie zum Beispiel Hobbies	Keine oder wenige Ressourcen wie zum Beispiel geringe soziale Unterstützung
Keine oder geringe psychosoziale Belastung wie zum Beispiel gute Lebens- und Arbeitsbedingungen	Mäßige bis hohe psychosoziale Belastung wie zum Beispiel Distress (vor allem berufs-/arbeitsplatzbezogen)
Keine psychische Komorbidität	Psychische Komorbiditäten
Weitgehend erhaltene Funktionsfähigkeit wie zum Beispiel Berufstätigkeit	Deutlich reduzierte Funktionsfähigkeit wie zum Beispiel Arbeitsunfähigkeit
Tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung	Arzt-Patienten-Beziehung wird von beiden Seiten als schwierig erlebt
Biopsychosozialer Behandlungsansatz	„Iatrogene Somatisierung“, Passivierung, unnötige Diagnostik und Therapie

### Akute Warnhinweise

- Selbstgefährdung (zum Beispiel durch Fehlernährung) bis hin zur Suizidalität;
- Gefährdung durch andere wie zum Beispiel Ärzte meist durch fehlende oder ungeeignete Behandlungen;
- schwere psychische Komorbiditäten;
- Warnsignale für meist klare körperliche Erkrankungen (wie zum Beispiel Blut im Stuhl bei Magen-Darm-Beschwerden).

Mod. nach S3 Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“ AWMF-Reg.-Nr. 051-001 LANGFASSUNG

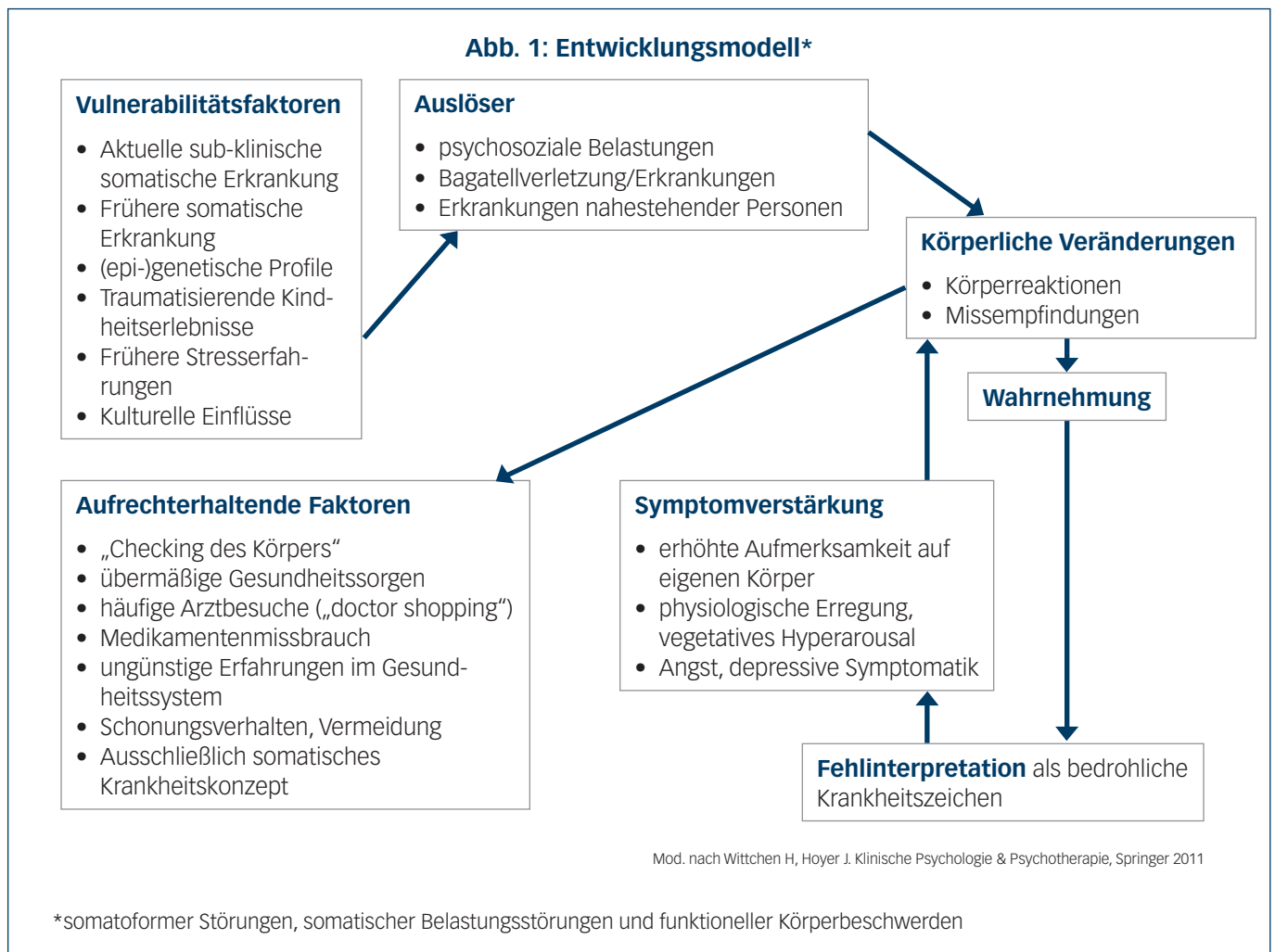
» dem Patienten Sicherheit und das Gefühl, ernst genommen zu werden, vermitteln. Der Behandler hat so eine gute Möglichkeit, eventuelle akute Warnhinweise für somatische Erkrankungen oder Folgeschäden vorausgegangener ausgeprägter körperlicher Schonung rechtzeitig zu erkennen. Zusätzliche apparative oder laborchemische Untersuchungen sollten gut überlegt werden.

Alle erhobenen Befunde werden besprochen und sorgen so für ein transparentes Miteinander, sodass das Stellen von Verlegenheitsdiagnosen vermieden wird. Falls die Diagnose noch nicht eindeutig ist, sollte man vorübergehend die Symptom („R“)- oder Inanspruchnahme („Z“)-Verschlüsselung wählen anstatt Verlegenheitsdiagnosen zu vergeben.

Als wesentliches Element im Behandlungsverlauf sollte man ansprechen, dass Beschwerden ohne körperliche Ursachen häufig auftreten. Das betont, dass die Patienten mit ihren Erfahrungen nicht alleine sind. Basierend auf den individuellen ursächlichen Krankheitsvorstellungen kann gemeinsam mit

dem Patienten ein Erklärungsmodell für die vorliegenden funktionellen Körperbeschwerden, somatischen Belastungsstörungen und somatoformen Störungen erarbeitet werden. Dabei ist es wichtig, dass verständliche Formulierungen für das Beschwerdebild als Ausdruck physiologischer Reaktionen wie Zittern, Schwitzen, Herzklopfen etc. auf Belastungssituationen wie Anspannung, chronischen Stress, Angst, Überforderung, gefunden werden. Das in Abb. 1 dargestellte Entwicklungsmodell kann dabei eine sinnvolle Unterstützung bieten. Das Festlegen auf eindeutige Ursachen, aber auch einseitig psychosoziale oder einseitig somatische Sichtweisen sollten vermieden werden.

Ein gutes Erklärungsmodell ist für den Behandler und den Patienten plausibel. Es impliziert keine Schwäche oder Schuld des Patienten, es fördert die therapeutische Partnerschaft und entsteht aus einem Dialog. Dabei finden deskriptive Bezeichnungen und Kausalitätsbeschreibungen Verwendung. Aber es muss nicht zwingend eine spezifische Diagnose oder gar eine eindeutige Ursache beinhalten.



Unrealistische Erwartungen müssen relativiert werden, ein schnelles „Reparieren“ oder „Loswerden“ der Beschwerden oder andere „heilende Therapieversprechen“ sind nicht zielführend. Dagegen sollten kleine, aber konkrete Schritte zur Verwirklichung von mehr Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge, einem verbesserten Körpererleben, körperlicher und sozialer Aktivierung sowie gute Regenerations- und Entspannungsstrategien gemeinsam entwickelt werden. Motivation, Begleitung und Lob für die schon erreichten Ziele sind wichtige Aufgaben des Behandlers. Aktive und nachhaltige Selbstwirksamkeitsstrategien wie zum Beispiel Spaziergänge zu genießen sind passiven Maßnahmen wie etwa Massagen eindeutig vorzuziehen. Besonders als Monotherapien eignen sich passive Maßnahmen nicht.

Eine zentrale Bedeutung im therapeutischen Vorgehen bei funktionellen Körperbeschwerden, somatischen Belastungsstörungen und somatoformen Störungen kommt der körperlichen Aktivierung zu. In kleinen Schritten soll individuell angepasst eine Entwicklung in Richtung genussvoller Bewegung, die sich mit ebenso genussvoller Entspannung abwechselt, eingeschlagen werden. Schonung und Vermeidung sind – wenn überhaupt – nur kurzfristig zur Entlastung sinnvoll. Hingegen sind die Aktivierung und der Ausbau sozialer Netzwerke sehr zu unterstützen. Besonders in herausfordernden Behandlungssituationen sollten auch die behandelnden Ärzte den kollegialen Austausch und das eigene fachliche Netzwerk zur Unterstützung nutzen.

Bei Patienten mit einem besonders schweren chronischen Verlauf der Beschwerden und einer hohen Inanspruchnahme des Gesundheitssystems ist an dysfunktionale Faktoren wie Vorteile durch die Krankenrolle, Medikamentenmissbrauch oder auch Belastungen durch gravierende Lebensereignisse zu denken.

### **3. Multimodale Therapie im spezialisierten Setting**

Bei der beschriebenen Patientengruppe mit chronischem Verlauf, aber auch bei einem schweren akuten Verlauf ist eine psychiatrisch-psychosomatische (Mit-) Behandlung wichtig. Diese kann ambulant oder stationär erfolgen. Bei funktionellen Körperbeschwerden, somatischen Belastungsstörungen und somatoformen Störungen steht besonders das psychotherapeutische Setting im Vordergrund. Psychotherapie ist auf jeden Fall bei ausgeprägten psychosozialen Belastungsfaktoren und/oder psychischer Komorbidität, dysfunktionalen Krankheitsvorstellungen, starker funktioneller Beeinträchtigung und einer durchgängig schwierigen Arzt-Patienten-Beziehung zu erwägen.

Die Wirksamkeit der Psychotherapie ist bei funktionellen Körperbeschwerden, somatischen Belastungsstörungen und somatoforme Störungen gut belegt – vor allem für die kognitive Verhaltenstherapie, aber auch für psychodynamische Ansätze.

**Abb. 2**



\*bei der Behandlung somatoformer Störungen, somatischer Belastungsstörungen, funktioneller Körperbeschwerden“ in der ersten Behandlungsebene laut S3-AWMF-Leitlinie

Mögliche Schwerpunkte in der Psychotherapie können ein positives Selbst- und Körpererleben, Selbstregulationstechniken, Beziehungsgestaltung und Förderung von Kreativität und Veränderungsbereitschaft sein. Wirksam sind auch unterstützende Therapieverfahren wie zum Beispiel körperorientierte Strategien, Bio-/Neurofeedback sowie andere Entspannungstechniken. Eine psychopharmakologische Therapie macht besonders bei psychischen Komorbiditäten wie Depression und Angststörungen Sinn. Bei komplexen und schwer erkrankten Patienten ist nicht „Beschwerdefreiheit“ das vorrangige Ziel, sondern die psychiatrisch-psychosomatische Therapie zielt hier auf die Verbesserung der aktiven Teilhabe einschließlich des Erhalts oder der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ab, um so eine (weitere) Chronifizierung zu verhindern. ☉

*Literatur bei den Verfassern*

**\*) Univ. Prof. Dr. Barbara Sperner-Unterweger, Assoc. Prof. PD Dr. Katharina Hüfner;**  
*beide: Universitätsklinik für Psychiatrie II, Medizinische Universität Innsbruck, Anichstraße 35, 6020 Innsbruck; Tel.: 0 512/504/2362; E-Mail: barbara.sperner-unterweger@i-med.ac.at*

#### **Lecture Board**

**Univ. Prof. Dr. Eberhard Deisenhammer,** *Medizinische Universität Innsbruck/Department für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik*

**Univ. Prof. Dr. Ilsemarie Kurzthaler,** *Medizinische Universität Innsbruck/Department für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik*

#### **Ärztlicher Fortbildungsanbieter**

*Department für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik/ Medizinische Universität Innsbruck*



Insgesamt müssen vier von sechs Fragen richtig beantwortet sein, um zwei DFP-Punkte im Rahmen des Diplom-Fortbildungs-Programms der Österreichischen Ärztekammer zu erwerben. Eine Frage gilt als korrekt beantwortet, wenn alle möglichen richtigen Antworten markiert sind.



[www.aerztezeitung.at/](http://www.aerztezeitung.at/)  
DFP-Literaturstudium

Faxnummer: 01/376 44 86

E-Mail: [dfp@aerzteverlagshaus.at](mailto:dfp@aerzteverlagshaus.at)

**Bitte deutlich ausfüllen, da sonst die Einsendung nicht berücksichtigt werden kann!**

Name:

.....  
.....

ÖÄK-Arztnummer:

.....-.....

Adresse:

.....  
.....  
.....

E-Mail-Adresse:

.....  
.....

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- Turnusarzt/Turnusärztin
- Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin
- Facharzt/Fachärztin für

.....

- Ich besitze ein gültiges DFP-Diplom.
- Ich nutze mein DFP-Fortbildungskonto.  
Bitte die DFP-Punkte automatisch buchen.

Altersgruppe:

- < 30    31–40    41–50    51–60    > 60

Ich willige in die Zusendung von Werbematerial per Post oder E-Mail über die Produkte der Verlagshaus der Ärzte GmbH ein. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mittels E-Mail an [office@aerzteverlagshaus.at](mailto:office@aerzteverlagshaus.at) widerrufen. Informationen zum Datenschutz finden Sie auf Seite 49 oder unter [www.aerztezeitung.at/kontakt/impresum](http://www.aerztezeitung.at/kontakt/impresum)

<b>1) Was trifft für funktionelle Körperbeschwerden, somatische Belastungsstörungen und somatoforme Störungen zu?</b> <i>(eine Antwort richtig)</i>	
a)	Der Patient lässt sich durch eine ärztliche Untersuchung schnell beruhigen.
b)	Die subjektive Belastung durch die Beschwerden ist ein wichtiges Diagnose-Kriterium.
c)	Diese Beschwerden sind in der hausärztlichen Praxis selten.
<b>2) Für das Auftreten dieser Beschwerden trifft zu:</b> <i>(eine Antwort richtig)</i>	
a)	Es handelt sich um ein häufig auftretendes Störungsbild.
b)	Die Behandlung kann nur beim Spezialisten erfolgen.
c)	Chronische Verläufe sind sehr selten.
d)	Die Kosten der Erkrankung für das Gesundheitssystem sind gering.
<b>3) Welche Aussagen treffen im Rahmen dieser Beschwerden zu?</b> <i>(drei Antworten richtig)</i>	
a)	Schonverhalten zählt zu den aufrechterhaltenden Faktoren.
b)	Vermeidung von Arztkontakten zählt zu den aufrechterhaltenden Faktoren.
c)	Vermehrte Überprüfung des Körpers (body checking) zählt zu den aufrechterhaltenden Faktoren.
d)	Angst und Depression verstärken die Symptome.
<b>4) Faktoren, die den Krankheitsverlauf dieser Beschwerden positiv beeinflussen können sind:</b> <i>(drei Antworten richtig)</i>	
a)	überaktives Verhalten
b)	häufige medizinische Untersuchungen/Abklärungen
c)	aktive Bewältigungsstrategien wie sportliche Aktivitäten
d)	keine psychische Komorbidität
e)	eine gute Arzt-Patienten-Beziehung
<b>5) Für die Behandlung dieser Beschwerden gilt:</b> <i>(drei Antworten richtig)</i>	
a)	Es sollen keine fixen Behandlungs- beziehungsweise Kontrolltermine vereinbart werden. Der Patient soll entsprechend seines Bedarfs Akuttermine erhalten.
b)	Die Wirksamkeit von Psychotherapie ist gut belegt.
c)	Eine psychopharmakologische Therapie macht besonders bei psychischen Komorbiditäten wie Depression und Angststörungen Sinn.
d)	Komplette Beschwerdefreiheit ist oberstes Behandlungsziel bei komplex erkrankten Patienten.
e)	Die Entwicklung eines gemeinsamen Krankheitsmodells ist ein wichtiger Therapiebaustein.
<b>6) Sinnvolle Behandlungsziele bei diesen Beschwerden sind:</b> <i>(drei Antworten richtig)</i>	
a)	die Förderung der Selbstwirksamkeit und Aktivierung;
b)	die Entwicklung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses;
c)	die Durchführung von ausgedehnten und wiederholten somatischen Abklärungen;
d)	die Motivation zur Psychotherapie zu fördern.